

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

N° 118

THÈSE

pour le DOCTORAT en MÉDECINE

(Diplôme d'Université)

PAR

Gabriel C. NASSER

Né le 17 décembre 1913, à Jérusalem (Palestine)

de la Faculté de Médecine de Paris

SALPINGITE ET GROSSESSE

Président : C. JEANNIN, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND & JEAN BERTRAND, EDITEURS

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1941

THÈSE
pour le DOCTORAT en MÉDECINE
(Diplôme d'Université)

PAR

Gabriel C. NASSER

Né le 17 décembre 1913, à Jérusalem (Palestine)

de la Faculté de Médecine de Paris

SALPINGITE
ET
GROSSESSE

Président : C. JEANNIN, Professeur

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND & JEAN BERTRAND, EDITEURS
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1941

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique Médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

MELINE Pathologie chirurgicale.
 TRIÉTY Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BEZANÇON (J.). Hydrologie.
 BONNET Bactériologie.
 BULANGER .. Chimie.
 BULIN Pathologie médicale.
 BOUET Pathologie médicale.
 BULLIARD ... Histologie.
 BUCHERA Pathologie médicale.
 BORDIER Anatomie.
 BOSTE Pathologie médicale.
 BUEVELAIRE
 (Roger) Urologie.
 BULARUE ... Anatomie pathologique.
 BLAY Pathologie médicale.
 BREZ (H.).. Physique.
 BROUILLE ... Médecine légale.
 BRONNET .. Obstétrique.
 BRUNON Physique.
 BURE..... Pathologie chirurgicale.
 BUCK-BIEN-
 ANO..... Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD ... Parasitologie.
 BERCIN Pathologie médicale.
 GAUTHIER-
 MILLARS ... Anatomie pathologique.
 Physiologie.
 GENNES .. Pathologie médicale.

MM.

GIROUD Histologie.
 HAGUENAU .. Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOL.. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LENEGRE Pathologie médicale.
 M^{me} J. LÉVY.. Pharmacologie.
 MARCHAL ... Pathologie médicale.
 MÉNÉGAUX .. Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAIL-
 LIS Pathologie chirurgicale.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU Obstétrique.
 TURPIN Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BLAVE Pathologie chirurgicale.
 BOUQUET Pharmacologie.
 BAILLEY-
 BERT Physiologie.
 BÉNIOT Obstétrique.
 BÉTZ-BOYER. Pathologie chirurgicale.
 BÉGUENIN.... Anatomie pathologique.

MM.

Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER .. Obstétrique.
 NEVEU-
 LEMAIRE .. Parasitologie.
 PIEDELIEVRE. Médecine légale.
 VAUDESCAL . Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ.		BROCQ.	
CATHALA		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
CHEVALLIER		DE GAUDART	
MONZELOT.		D'ALLAINES.	
DUVOIR.		FEY.	
GASTINEL		LEVEUF.	
LAROCHE (G.).		MOULONGUET.	
MOREAU		MOURE.	
LIAN.		QUÉNU.	
SÉZARY.			
	MM.		
	ECALLE.		} Clinique obstétricale.
	METZGER.		
	PORTES.		
	VIGNES.		

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
N... ..	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

*Qui a tant souffert pour nous.
Sa vie n'est qu'un long épisode de sacrifices et de dévouements, mais plein d'espoir : voir chacun de nous atteindre son idéal.
Faible témoignage de mon amour filial.*

A MES SCEURS

*A qui je souhaite tout ce qu'elles désirent
et tout le bonheur possible.*

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR C. JEANNIN

*Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris*

*Qui a bien voulu me faire le très grand
honneur d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A MON JURY DE THESE

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE MONTPELLIER

*A qui je dois toute la base de mon savoir
médical.*

A MES MAITRES
DES HOPITAUX DE PARIS

*Guides précieux de mon enseignement cli-
nique.*

A MON FRERE AINE

*Qui, après la disparition de notre père,
a su prendre sa place et dont l'unique souci
est de mener à bien l'œuvre commencée par
le chef de la famille.*

C'est à lui que je dois tout.

A MON FRERE ELIE

Mon meilleur ami.

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A TOUS CEUX QUE J'AIME

INTRODUCTION

S'il est rare d'observer une *association de grossesse et de salpingite*, il n'en est pas moins vrai qu'une telle éventualité peut se présenter dans un service hospitalier et qu'elle pose alors des problèmes tant étiologiques que thérapeutiques dont la solution conditionne l'issue favorable ou défavorable quant à la gestante, car il semble qu'en ce qui concerne le fruit, la question ne se pose pas.

En effet, en ce qui concerne l'étiologie des salpingites au cours de la grossesse, il est important de faire le point, d'une part quant à l'espèce microbienne en cause à l'orientation thérapeutique devant, en grande partie, dépendre de cette décision étiologique; d'autre part, des circonstances d'apparition de pyosalpinx, c'est-à-dire de savoir si celui-ci est antérieur à la fécondation ou postérieur à celle-ci et, dans ce cas, ou mode éventuel d'ascension de germes virulents du vagin vers la trompe.

Nous nous sommes efforcés, dans le travail qui va suivre, à la suite d'une observation récente de MM. Devraigne et Ravina, et de la discussion qui suivit cette communication à la Société de Gynécologie

et d'Obstétrique de Paris, de mettre au point les conceptions acquises quant à cette grave, bien que rare, opportunité.

Nous avons à rappeler les cas antérieurs, ainsi que les problèmes étiologiques que ces cas ont soulevés ; nous avons montré, à la suite du professeur Brindeau, quelles sont les difficultés du diagnostic de ces pyosalpinx en cours de gravidité ; nous avons cherché à préciser quelle doit être, d'après la majorité des auteurs, la conduite à tenir en pareils cas pour tenter de sauver la vie de la parturiente.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir, ce faisant, apporté d'idées nouvelles dans un problème déjà ancien, mais du moins, espérons-nous avoir réussi à synthétiser en quelques pages, claires et volontairement dépouillées de toute littérature, dressé un tableau clinique, étiologique et thérapeutique d'un sujet dont les cas, dans la littérature, se comptent, mais dont l'éventualité ne peut pas être écartée.

CAS ANTERIEURS

Observation I

Une observation intéressante au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique rapportée par MM. Devraigne et Ravina (*Bull. de la Soc. de Gyn. et d'Obst. de Paris*, mai 1937, n° 5) :

Mme C... I., geste de 18 ans. Rien à noter dans les antécédents, si ce n'est qu'une tendance à la constipation avec, de temps à autre, une légère sensibilité dans la fosse illiaque droite, sans que jamais il n'y ait eu de crise d'appendicite.

D. R. 26 octobre 1936. Mariée le 5 novembre, alors que la malade attendait ses règles vers le 22 novembre, ces règles ne viennent pas. En décembre, quelques symptômes : nausées, modifications des seins, font penser à la femme qu'elle est enceinte. Les règles de décembre attendues vers le 20 manquent encore, si bien que la la probabilité d'une grossesse chez cette jeune femme habituellement bien réglée, se précise. Cependant, il est à noter que, du fait d'un vaginisme très marqué, créé par la première tentative de rapport, la femme n'a jamais eu

un rapport normal et il semble qu'il n'y ait jamais eu pénétration.

Après absorption inefficace de quinine et de folliculine, dans l'espoir de faire revenir les règles, la femme se fait mettre, entre le 20 et 25 déc., 2 crayons antiseptiques intra-utérins, puis une laminaire laissée 24 heures. Ces manœuvres intra-utérines ne déclanchent aucune contraction et n'amènent qu'une perte de sang insignifiante ; mais après la laminaire, survient une douleur vive au niveau de la fosse iliaque droite en même temps que la température monte à 39° et le pouls à 116, le 26 décembre. C'est pour ces symptômes que la femme est hospitalisée le 27 décembre.

L'examen, ce jour, montre : un utérus augmenté de volume pour une grossesse de six semaines environ, médian, mobile, mais cette mobilisation est limitée et réveille des douleurs à droite. Cul-de-sac gauche souple, cul-de-sac droit moins souple, douloureux ; la douleur remonte jusqu'au niveau de la partie inférieure de la fosse iliaque où la pression réveille une défense musculaire nette. Température : 38° . Pouls : 92. Etat général bon. Traitement : glace et 1 gr. 50 de septazine.

Le soir, la température est à $38^{\circ}3$.

Le 28 décembre, même état. Température 38° , $38^{\circ}4$.

Le 29 décembre, amélioration. Température : $37^{\circ}8$, $37^{\circ}2$. Les douleurs ont diminué. L'intestin fonctionne à la suite d'un lavement d'huile.

Dans les jours qui suivent, les douleurs reprennent pour atteindre, le soir, 38° , $38^{\circ}2$, tandis que se modifient nettement les signes physiques.

L'utérus est refoulé peu à peu en arrière et en bas, par une masse qui se développe à droite, au niveau du cul-de-sac droit et de la partie inférieure de la fosse illiaque, et qui augmente tous les jours.

Le 5 janvier : petites pertes brunâtres.

Pendant son séjour à l'hôpital, les examens suivants ont été pratiqués :

a) Examen cyto-bactériologique des urines : négatif.

b) Numération globulaire (5 janvier) : globules rouges : 4.340.000 ; globules blancs : 6.950. Donc, pas de leucocytose, mais une polynucléose assez nette :

Polynucléaires neutrophiles	77 %
Polynucléaires éosinophiles	1 %
Grands mono	3 %
Moyens mono	6 %
Lymphocytes	13 %

c) Examen des sécrétions cervicales : bactéries banales et colibacilles.

Le diagnostic est évidemment assez difficile.

La première question est de savoir s'il s'agit d'une gestation utérine ou extra-utérine. Malgré les signes péri-utérins, il n'y a pas lieu de s'arrêter beaucoup au diagnostic de gestation ectopique. Il n'y avait eu ni douleurs, ni métrorragies, tant qu'il n'avait pas été fait de manœuvres intra-utérines. D'autre part, la masse que nous avons vue se développer sous nos yeux, présentait trop les caractères d'une masse inflammatoire pour que l'on pût penser à une gestation ectopique. La polynucléose était également en faveur d'un processus inflammatoire.

Deux diagnostics étaient alors possibles :

- a) appendicite avec abcès péri-appendiculaire,
- b) salpingite.

Malgré le léger passé intestinal, l'appendicite, quoique possible, paraissait peu probable, bien que la tuméfaction mal limitée aurait pu très bien être causée par un appendice un peu bas. Cependant, il n'y avait pas eu de vomissements. L'état nauséux était expliqué par l'état de gestation. Enfin, la crise avait débuté nettement après les manœuvres intra-utérines.

Le diagnostic le plus probable était celui de salpingite ; deux hypothèses étaient possibles :

1° Salpingite gonococcique : la femme aurait pu contracter une blennorragie au cours des premières tentatives de rapport et être contaminée en même temps qu'elle avait été fécondée. L'examen et l'interrogatoire du mari, l'examen bactériologique des sécrétions cervicales ne permettaient pas de conclure dans ce sens.

2° Il était plus logique de penser que la salpingite s'était développée à la suite des manœuvres intra-utérines. Il n'y avait aucun signe d'infection utérine ou ovulaire et il était probable que l'infection s'était propagée par voie lymphatique, à la suite d'une lésion du col produite par la mise en place de la laminaire.

Le 5 et le 6 janvier, les douleurs reprennent, assez vives, en même temps que la masse augmente nettement. L'intervention est décidée pour le 7.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Masse annexielle droite grosse comme une orange. Libération d'adhérences épiploïques ; la masse est libérée assez facilement en arrière et en bas, mais tient assez fortement

à la face postérieure de l'utérus, au ligament large et au fond utérin qu'elle surplombe. Cette masse se rompt au cours du décollement. Il en sort un pus chocolaté d'odeur fétide. Ablation des annexes droites. L'utérus gravide de deux mois est à gauche et en arrière. Mikulicz dans le Douglas.

Examen bactériologique du pus : colibacilles et staphylocoques.

Suites opératoires normales au point de vue abdominal. Mais la femme perd un peu de sang dans la journée du 8 et, à la suite de quelques douleurs, expulse, dans la nuit, un fœtus de deux mois. De petites doses de quinine et de thymophysine données le jour suivant n'amènent aucune contraction ; les pertes sanguines présentent une certaine odeur. Aussi, le 10 janvier, vide-t-on l'utérus par curage digital après dilatation du col aux bougies. On profite de l'anesthésie pour faire une dilatation vulvaire destinée à traiter le vaginisme.

La femme sort guérie le 6 février.

Observation II

M. A. Bidoire rapporte une observation digne d'intérêt de salpingite aiguë au cours de la grossesse (*Bull. de la Soc. de Gyn. et d'Obst. de Paris*, fév. 1939, n° 2) :

Mme V..., troisième gestation, 26 ans. En 1935, accouchement naturel à terme d'un enfant vivant (2.600 gr.). En 1937, fausse couche spontanée de 2 mois (curetage à Lariboisière), avec suites normales, sans fièvre.

Depuis la première grossesse, pertes blanches et verdâtres, assez importantes par moment, pour lesquelles elle n'alla jamais consulter.

Les dernières règles normales remontent au 26 juillet 1938. Le 26 avril, apparaissent des douleurs assez violentes, continues avec paroxysmes dans le bas-ventre, à gauche sans irradiation. Etat subfébril : $37^{\circ}5$, $38^{\circ}4$. Nausées. Un médecin appelé diagnostique une salpingite aiguë avec grossesse et prescrit glace, repos, ovules. Vers le 6 septembre, survient une perte de sang assez foncé, durant 2-3 jours et rappelant les règles. Le médecin modifie alors son diagnostic et envoie la malade à Saint-Louis, pour grossesse extra-utérine. A son entrée, on note de la pâleur avec courtes lipothymies. L'hémorragie a cessé, mais non les douleurs. La température oscille, quelques jours, entre $37^{\circ}2$ et 38° pour demeurer ensuite à $37^{\circ}2$. Utérus mou, un peu augmenté de volume. Dans le cul-de-sac gauche, masse très sensible, un peu irrégulière de volume d'une orange, avec sensation d'empatement, semblant bien indépendante de l'utérus. Masse assez haute déprimant peu le cul-de-sac. A droite, petite masse allongée, dure, peu sensible, mobile. Mobilisation utérine douloureuse. Examen hématologique, le 12 septembre :

Globules rouges : 4.200.000.

Leucocytes : 16.800 (poly. 67, Mono. 25, Lympho. 6, éosino, 2).

La masse juxta-utérine tendant à augmenter, à descendre dans le Douglas, les douleurs devenant de plus en plus vives, on décide l'intervention avec le diagnostic d'extra-utérine. La légère température des premiers jours

et la leucocytose sont mises sur le compte de la résorption sanguine.

Laparotomie médiane, sous-ombilicale. Le 20 septembre, utérus manifestement gravide, gros comme six semaines. Annexes gauches volumineuses et congestionnées. La trompe distendue, grosse comme un œuf forme avec l'ovaire une masse adhérente au mésocolon sigmoïde, à l'épiploon, à la face postérieure du ligament large. Au cours des manœuvres de libération, la trompe se rompt et il s'écoule deux cuillerées de pus. Ablation des annexes gauches. Hémostase difficile : tissus lardacés, les fils coupent. La trompe droite grosse comme un crayon rectiligne congestionnée, son pavillon replié sur lui-même et obturant l'orifice abdominal tubaire. L'ovaire est porteur du corps jaune ; on laisse en place cette trompe malade. Péritoine pelvien rouge et congestionné. Lavage à l'éther. Drain dans le Douglas-Browzes. On se contente, selon notre habitude, de faire une seule piqûre de morphine par jour, pendant 3 jours, comme à une opérée ordinairement, non enceinte. Suites favorables. La grossesse continue son évolution. Parotide suppurée gauche qui nécessite des injections de propidon et un drainage filiforme. La malade quitte la Maternité, le 17 octobre, en bon état, et fut revenue à plusieurs reprises. La grossesse se poursuit, normale, mais il y a des pertes blanches abondantes et, par moment, surviennent des douleurs lancinantes dans le côté droit du bas-ventre. Cul-de-sac gauche parfaitement souple et indolore. A droite, on atteint toujours la trompe allongée, augmentée de volume et sensible. Au spéculum, on aperçoit une érosion rouge et suintante de la lèvre anté-

rieure du col et une sécrétion purulente s'écoule de l'orifice externe.

Observation III

M. Pierre Mocquot. — L'ablation d'un pyosalpinx unilatéral au début de la gestation est une opération utile, peut-être même nécessaire et capable de donner un résultat très favorable (*Bull. de la Soc. de Gyn. et d'Obst. de Paris*, juillet 1939, n° 7).

Mme H..., 28 ans, entre le 4 décembre 1928 à l'hôpital Bichat pour une crise douloureuse abdominale; depuis un mois environ, elle se plaint de fatigue et de pesanteur et éprouve de temps en temps des douleurs plus vives avec irradiations lombaires et crurales gauches.

Le début aurait coïncidé avec les dernières règles (13 novembre); depuis, la malade, atteinte depuis longtemps de pertes blanches, présente des pertes un peu plus abondantes et, par moment, rosées.

Réglée à 11 ans. Règles régulières, un peu en avance; précédées d'une période douloureuse.

Une fausse couche de 4 mois, il y a 3 ans.

A l'entrée, la malade présente un peu de fièvre (38°). A l'examen, tumeur rétro-utérine gauche du volume d'une mandarine. Douleur dans le cul-de-sac postérieur. Utérus dévié à droite et en arrière, un peu gros. Col un peu mou.

Traitement: application de glace. Injection de propidon.

La température revient à la normale, mais la tumeur annexielle persiste, douloureuse.

Opération le 17 décembre : cœliotomie médiane. Utérus gros, rétroversé, qui semble bien un utérus gravide, de 2 mois à 2 mois et demi. A gauche, une salpingo-ovaire assez volumineuse, trompe bouchée, adhérences périannexielles.

Ablation des annexes gauches. Réduction de la rétroversion, un drain dans le Douglas à cause du suintement des adhérences.

Examen de la pièce : salpingite suppurée et abcès de l'ovaire.

Suites opératoires normales. Les signes de grossesse se caractérisent (vomissements, seins douloureux). L'utérus augmente régulièrement de volume.

La malade a quitté l'hôpital le 13 janvier et n'avait pas été revue, mais j'ai pu avoir de ses nouvelles et même la revoir récemment. Elle m'a appris que non seulement elle avait conduit sa grossesse à terme et avait mis au monde un garçon de 3 kg. 800, mais que deux ans après, elle avait eu une nouvelle grossesse, terminée par la naissance d'une fille de 4 kg. 060.

Observation IV

M. R. Palmer (*Bull. de la Soc. de Gyn. et d'Obst. de Paris*, juillet 1939) a observé le cas suivant :

Mlle B... est vue huit jours après avoir pratiqué elle-même, après un retard de six semaines environ, une ten-

tative d'avortement qui n'aurait donné sur le moment que quelques gouttes de sang.

Depuis trois jours, elle est fébrile (38°5) et souffre vivement dans sa fosse iliaque gauche. A l'examen, l'utérus est mou, mais paraît moins gros que ne le comportait le retard annoncé ; le col est mou, mais fermé, masse du volume d'un gros œuf, mobile, très tendue et très douloureuse.

On hésite entre une gestation tubaire infectée et un pyosalpinx accompagnant une gestation utérine, mais la masse étant très tendue et les douleurs très vives, on intervient le soir même : incision de Jayle, castration gauche ; il s'agit d'un pyosalpinx aigu ; l'ovaire, très congestionné, contient le corps jaune gravidique.

Le lendemain, la température est tombée, mais 36 heures après, l'avortement se déclanche ; la suppression du corps n'est probablement pas le seul facteur à incriminer dans ce cas, mais il a eu, à notre avis, un rôle prédominant.

Observation V

MM. Brocq et Layani (*Bull. de la Soc. de Gyn. et d'Obst. de Paris*, 1939). Un cas assez net de cette association :

Jeune femme de 21 ans. Grossesse de 2 mois. Crise assez brusque et violente de douleurs pelviennes, avec température oscillant entre 38°5 le matin et 39°5 le soir. Entre dans une maison de santé. Quelques vomissements.

Constipation. Difficulté à émettre des gaz. Repos au lit, glace, petits lavements laudanisés, grandes injections chaudes. Propidon.

Toucher : utérus en position correcte, mou et gros (grossesse de 2 mois environ). Masse inflammatoire latérale gauche, fixée, douloureuse, mieux encore par le toucher rectal.

Amélioration assez rapide, mais persistance d'une température entre 37°5 et 38°5 et d'une masse inflammatoire très nette, en voie de régression lente.

Deux professeurs, un accoucheur et un chirurgien appelés en consultation, sont formellement d'avis de poursuivre le traitement médical, de ne pas interrompre la grossesse, de ne pas intervenir par l'abdomen.

Au bout de deux mois de lit, les phénomènes inflammatoires ont régressé, la grossesse a évolué sans autre complication et l'accouchement s'est fait à terme, normalement.

Observation VI

M. Le Lorier (*Bull. de la Soc. de Gyn. et d'Obst. de Paris*, 1939-40, n° 8) rapporte l'observation d'une malade présentant une grossesse au début, deux mois et demi environ, compliquée d'une salpingite manifeste semi-torpide, mais cependant en activité légère, unilatérale gauche, sans défense abdominale, mais avec des douleurs provoquées par la pression, un peu

d'empâtement et une fièvre modérée de temps en temps.

« J'avais porté un mauvais pronostic, quant à l'évolution de la gestation, car l'utérus était fixé à la paroi pelvienne par la masse salpingienne et il me paraissait impossible que son développement s'effectue sans incidents. En effet, quelques semaines plus tard, la malade étant retournée chez elle, en province, j'appris de son médecin qu'elle avait dû être opérée à quatre mois de la gestation, en raison de l'aggravation progressive de l'état général et des douleurs accompagnées de température persistante ne cédant pas sous l'influence de la glace ; une hystérectomie abdominale avec ablation des annexes a été pratiquée. La malade a guéri. »

Observation VII

M. A. Brindeau (*Bull. de la Soc. de Gyn. et d'Obst. de Paris*, juillet 1939, n° 7) :

M. Brindeau a observé deux cas impressionnants ; les deux malades étaient du reste superposables, grossesse s'accompagnant de douleurs abdominales, mais n'ayant pas exigé de repos : immédiatement après l'accouchement, signes de péritonite suraiguë. L'une des femmes était atteinte de salpingite unilatérale, l'autre d'abcès multiples d'un ovaire. Opérées peu de temps après le début des phénomènes, les deux accouchées sont mortes.

OBSERVATION PERSONNELLE

Le 5 septembre 1939, entre à la Clinique N..., une jeune femme de 26 ans. Amenée d'urgence par son ami qui, mobilisé, part dans quelques heures. L'équipe chirurgicale est à ce moment profondément désorganisée. Il règne à la clinique une psychose de guerre qui nuit au bon fonctionnement de ses rouages internes.

Un interrogatoire rapide de l'ami nous révèle que cette jeune femme se croyait enceinte et que « cela l'a prise brusquement ». Il prétend n'avoir pas de passé blennorragique.

La malade prostrée, souffre. Température 39°5.

L'utérus à aspect gravide de 2 mois environ, donne à la mobilisation des exacerbations de la douleur du cul-de-sac de Douglas.

Le col mou, pas d'écoulement.

Masse pseudo-tumorale douloureuse, un peu au-dessous du Douglas. Cette masse, toutefois, s'accompagne d'une défense musculaire et il ne semble pas qu'on puisse parler de grossesse extra-utérine, mais d'un pyosalpinx.

A l'interrogatoire, on apprend qu'une tentative d'avortement a été pratiquée par une femme de ménage à l'aide d'une sonde et d'une aiguille à tricoter. Cette tentative remonte à une dizaine de jours. Il n'y a pas eu d'hémorragie.

L'intervention est pratiquée dans les deux heures qui suivent l'entrée de la malade. Excision d'un ovaire largement infecté. Aucune autre thérapeutique n'a été tentée, en raison des circonstances.

Le lendemain, la température est revenue à 37°5. Le 12 septembre, avortement d'un fœtus de huit semaines environ.

Il ne semble pas, étant donné le peu de dégâts provoqués par la tentative d'avortement, que celle-ci ait pu provoquer autre chose que l'infection et qu'en tous cas, l'introduction d'instrument perforant qui n'est venu à bout de ses fins, n'est pas l'agent étiologique de cet avortement. L'infection en elle-même joue un rôle qui me paraît de plus d'importance que le facteur proprement dit.

CONSIDERATIONS BIOLOGIQUES ET ETIOLOGIQUES

Les salpingo-ovarites, la plupart, succèdent à une métrite :

a) *soit blennorragique* (A. Bidoire, A. Binet) : l'infection se fait alors par voie muqueuse ascendante.

En effet, quand on parle de salpingite, on songe surtout au gonocoque ; or, dans la plupart des cas observés, on a trouvé du colibacille ou du staphylocoque, mais rarement du gonocoque (M. Metzger, Devraigne et Ravina).

b) *soit puerpérale* (M. Metzger, A. Binet) : l'infection se propage par voie lymphatique de voisinage ou à distance, ou même par voie sanguine (appendicite, abcès de l'ovaire).

Les salpingo-ovarites s'observent donc surtout à la période d'activité génitale de la femme.

Elles peuvent éclater spontanément en apparence, ou, au contraire, succéder à une manœuvre intra-utérine intempestive (Brindeau, Auvray, Burger, Rub).

Ainsi l'hystérométrie, le curetage, la diathermo-coagulation intra-utérine, l'insufflation ou l'injection

intra-utérine, l'introduction de crayons médicamenteux dans la cavité de la matrice ont été souvent cause d'accidents inflammatoires plus ou moins graves au niveau des trompes.

Ces modes d'exploration et ces thérapeutiques, trop souvent employés par le praticien, doivent être réservés au gynécologue qualifié qui en pèsera tous les risques et en usera avec discrétion.

Les annexites viennent parfois compliquer les tumeurs de l'utérus (fibrome, cancer). La plupart des salpingo-ovarites des femmes âgées reconnaissent cette origine.

Exceptionnellement, cette infection se fait par voie artérielle. Ainsi en est-il dans les salpingo-ovarites tuberculeuses. La tuberculose annexielle s'observe dans 7 % des salpingo-ovarites (M. le professeur A. Binet, de Nancy). Elle est relativement fréquente chez les vierges.

Les salpingo-ovarites sont une cause de stérilité, principalement lorsqu'il s'agit d'infection gonococcique.

1° INFECTION ANNEXIELLE ANTÉRIEURE A LA FECONDATION

Lorsque l'infection a été unilatérale, la femme peut devenir enceinte sans grande difficulté (A. Binet. M. Metzger).

Il n'en est pas de même quand la lésion a été bilatérale. Les trompes oblitérées ou tordues ne permettent la fécondation que lorsque le canal salpingien

est devenu perméable. Si la femme devient enceinte, le liquide qui était contenu dans la trompe ou dans les adhérences péri-annexielles peut, sous l'influence de la grossesse ou des suites de couches, redevenir septique et provoquer des complications.

2° LÉSIONS ANNEXIELLES POSTÉRIEURES A LA FÉCONDATION

De tels faits sont très rares, ils sont pourtant indéniables ; soit que l'infection se soit produite par voie vaginale, par propagation intestinale (appendicite), ou par voie sanguine (grippe, colibacillose).

On peut voir des malades atteintes de salpingite bacillaire en évolution devenir gravides. En ces cas, la marche de la tuberculose est aggravée par la grossesse ; les lésions locales augmentent de volume, elles peuvent même obstruer l'excavation (Bocquel) ; le plus souvent, l'infection se généralise et la malade meurt avant d'accoucher.

Quand des lésions salpingiennes n'empêchent pas la fécondation, elles peuvent, indirectement, de même que les adhérences utérines ou péri-utérines, les kystes ovariens (ces derniers par leur volume ou leurs complications), être une cause d'avortement.

THERAPEUTIQUE

I. - PREMIERS MOIS

Pas de température. Douleur, seul signe clinique : *attendre*.

Mais au bout de 24-48 heures, les phénomènes ne disparaissant pas : *intervention* (Brindeau).

II. - CAS SEPTIQUES

Accidents très violents rappelant la péritonite par perforation : *Laparotomie immédiate* (Brindeau, Metzger, Bidoire, Devraigne et Ravina).

III. - CAS SUBAIGUS

Température, douleur, empâtement de la fosse iliaque, etc. : si, au bout de quelques jours, les signes semblent s'amender : *attendre*.

Mais, dès que la poussée est rentrée dans l'ordre : *opérer* pour éviter des complications graves en fin de grossesse ou immédiatement après l'accouchement. A ce moment, la grande cavité péritonéale a subi les modifications dues à la grossesse, c'est-à-dire l'augmentation considérable de la circulation lymphatique.

Les accidents deviennent alors extrêmement graves (Brindeau).

La vaccinothérapie risque, de ce fait, d'être inefficace et de faire perdre du temps (Devraigne et Ravina).

Toutefois, l'introduction relativement succincte de la thérapeutique anti-microbienne par *les dérivés organiques du soufre*, a ouvert de nouvelles perspectives thérapeutiques dans de nombreuses affections ou infections.

Nous avons vu, dans l'une des observations qui précèdent, la mise en application encore peu hardie de la sulfamido-chrysoïdine.

Les résultats acquis dans les complications de la gonococcie, dans les staphylococcémies et streptococcémies, l'application des dérivés sulfamidés et des sulfones inciterait à l'utilisation de ces sulfo-conjugués dans ces affections de la sphère génitale au même titre que ces substances ont été appliquées dans le traitement de l'affection puerpérale.

Nous n'avons pas, à ce propos, d'expérience personnelle ; il ne semble pas que la littérature comportât le précédent.

Nous pensions qu'il était, néanmoins, de notre devoir d'indiquer ici cette possibilité thérapeutique.

L'arsenal des agents d'attaque contre l'infection génératrice d'avortement n'étant jamais suffisamment pourvu, toute nouvelle acquisition susceptible de sauver une vie latente mérite d'être prise en considération.

CONCLUSIONS

I. - La coexistence d'une *salpingite* et d'une *grossesse* présente un triple intérêt : clinique, thérapeutique et prophylactique, dernier rôle, tant dans le sens de l'infection du fruit que de séquelles infectieuses ou toxiques en cours de gravidité et de puerpéralité.

II. - Les infections annexielles antérieures à la fécondation permettent, lorsque cette infection est unilatérale, une fécondation pratiquement normale.

En cas de bilatéralité, la perméabilité du canal salpingien est nécessaire. Mais cette perméabilité même permet l'apparition de complications septiques par l'activité génitale due à la grossesse.

III. - Les lésions annexielles peuvent se produire postérieurement à la fécondation, la diversité des agents virulents étant étendue.

La salpingite bacillaire, en particulier, peut, de latente, devenir manifeste et hyperactive sous l'influence de la grossesse.

IV. - Que l'infection soit antérieure ou postérieure à la fécondation, elle n'en représente pas moins une cause possible d'avortement, les cas amenés à termes semblant fort rares dans la littérature.

Nous avons envisagé le rôle de l'expectative et de l'intervention dans les cas similaires, suivant leur époque et suivant leur gravité.

Il ne semble pas que, jusqu'à présent, dans les cas similaires, la thérapeutique par les dérivés organiques du soufre ait été tentée. Elle mériterait cependant de faire l'objet d'une étude qui ne nous a pas été permise dans les circonstances de notre observation personnelle.

VU : *Le Doyen,*

A. BAUDOUIN.

VU : *Le Président de la Thèse,*

C. JEANNIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Directeur de l'Ecole Normale Supérieure,

chargé des fonctions de Recteur

de l'Académie de Paris,

CARCOPINO.

BIBLIOGRAPHIE

- APAJALAHTI (A.). — Zur inflammatorischen Aetiologie der Tubenschwangerschaft. (*Acta Soc. med. Femin. duod. Ser.*, 8-16, 1-186, 1931.)
- BAUDET. — Grossesse et salpingite ovarite. (*Thèse Paris*, 1931.)
- BIDOIRE (A.). — Salpingite aiguë et grossesse. (*Soc. de Gyn. et d'Obst.*, Paris, Bul. février 1939, n° 2, p. 62.)
- BRAUDEAU. — Salpingite ovarite et grossesse. (*Arch. Mens. Gyn. et Obst.*, janv.-fév. 1917.)
- BRINDEAU (A.). — Salpingite et grossesse. (*Soc. de Gyn. et d'Obst. Paris*, juillet 1939, n° 7, p. 470.)
- BROCQ (P.) et LAYANI. — Salpingite et grossesse. (*Bul. de la Soc. de Gyn. et d'Obst. de Paris*, juillet 1939.)
- CLÉMENT (A.-A.) — Contribution à l'étude de la salpingite dans ses rapports avec la grossesse et la puerpéralité. (Paris, 8°, Nantes, 1906.)
- DEJARDIN. — Métro-salpingite puerpérale et grossesse extra-utérine. (*Bruxelles Méd.*, 6 mai 1928.)
- DESJARDINS (A.). — A propos d'un cas de grossesse 8 mois après une crise aiguë de salpingite double traitée médicalement. (*Paris Chir.*, 1912, 368-370.)
- DEVRAIGNE et RAVINA. — Salpingite aiguë et gestation. (*Bull. de la Soc. de Gyn. et d'Obst. de Paris*, mai 1937, n° 5.)

FALK (H.-C.). — Follicular Salpingitis important factor in etiology of ectopic gestation. (*An. J. Obst. et Gyn.*, 15, 927-828, june 1928.)

FRUCHINSHOLZ, HANAUT, MOSINGER. — Salpingite et gestation au début salpingectomie. (*Bul. Soc. Gyn. et d'Obst.*, 18 ; 190-192, fév. 1929.)

GIRARD (R.). — Contribution à l'étude de la salpingite après accouchement et en particulier de la salpingite droite se révélant par une douleur au point de Mac Burney. (*Thèse Paris*, 1936.)

LAURENTE. — Salpingite et grossesse. (*Soc. Obst. et Gyn. de Toulouse*, 28 janv. 1925.)

LAZARESCO et ANDREIOU (C.). — Grossesse et annexite. Opération césarienne suivie d'hystérectomie. (*Soc. de Gyn. de Bucarest*, séance du 14 mars 1937.)

LE LORIER. — Grossesse compliquée de salpingite. (*Soc. de Gyn. et d'Obst. Paris*, Bull. de 1939-40, n° 8, p. 520.)

LUNMANZIN-LAUNOTTE. — Salpingo-ovarite et grossesse. (*Thèse Paris*, 1934.)

MERAT. — Salpingite et gestation. (*Thèse Paris*, 1925.)

MOCQUOT (P.). — Salpingite et grossesse. (*Bul. de la Soc. de Gyn. et d'Obst. Paris*, juillet 1939, n° 7.)

PALMER (R.). — Pyosalpinx accompagnant une gestation utérine. (*Bul. de la Soc. de Gyn. et d'Obst. Paris*, juillet 1939.)

REEB. — Salpingite suppurée bilatérale et péritonite au début de la grossesse; extirpation des trompes, continuation de la grossesse. (*Strasbourg Méd.*, 1926, p. 143, t. II.)

RIPTES. — Salpingite et grossesse. (*Zent. f. gyn.*, 1923, p. 395.)

SOLOMON (B.). — End result salpingostomy in chronic salpingitis with special regard to pregnancy. (*Journ. obst. et gyn. Brit. emp.* 34 : 218-223, 1927.)

STEWART (J.-D.). — Haute salpingitis in pregnancy. (*New England J. Med.* 206, 800-805, april 14/1932.)

VAN ETTEN (R.-C.). — Is salpingitis a factor in incidence of tubal pregnancy. (*An. J. obst. et gyn.* 22 : 643-646, oct. 1931.)

VERDELET (L.). — Lésions inflammatoires des trompes et grossesse. (*Gazette Hebd. des Sciences méd. de Bordeaux*, n° 19, 12-15 1907.)

WEIGEL (L.). — Salpingographie dans un cas de grossesse du 7^e mois d'un fœtus mort au 5^e. (*Soc. d'électro-radiol. de l'Est*, 19 mai 1935; in : *Bul. et mémoires de la Soc. de Radio-médicale de France*, oct. 1935.)

IMPRIMERIE SPÉCIALE DES ÉDITIONS LEGRAND
